

肛门直肠狭窄的中西医结合治疗

Anorectal stenosis in integrative medicine

陈善国

(四川省资阳市乐至县中医院, 四川 资阳, 642366)

中图分类号: R671.1+5 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2011) 21-0033-03 证型: IDBG

【摘要】 肛门直肠狭窄是多种病因综合引起, 采用中西医非手术与手术相结合能明显提高疗效、缩短病程、减少复发, 具有很好的发展前景。现主要通过中医辨证、口服与外用、人工扩肛、手术和局部治疗等方面, 对近些年肛门直肠狭窄的治疗进展作如下总结。

【关键词】 肛门直肠狭窄; 中西医; 治疗

【Abstract】 Anorectal stenosis is caused by a variety of causes of comprehensive, non-surgical use of Chinese and Western medicine combined with surgery can significantly improve the efficacy and duration, to reduce recurrence, with good prospects for development. TCM is mainly through oral and topical, artificial anal, surgery and topical treatment, etc. on the recent progress in the treatment of anorectal stenosis summarized as follows.

【Keywords】 Anorectal stenosis; TCM; Treatment

1 病因病机

肛门直肠狭窄是指肛门和直肠由于先天性缺陷、炎症、损伤等造成肛管直肠内腔径缩小, 以致大便形状变细和通过受阻, 排出困难, 可引起疼痛或腹胀。属中医“谷道狭小”、“大便秘结”的范畴。本病是痔切除术严重的并发症, 其发生率为 0.5~1.0%。引起肛门直肠狭窄原因有: ①先天原因: 如肛管直肠先天发育不良或缺陷, 锁肛畸形处理失当; ②粘膜或皮肤切除过多, 缝合时有张力, 致术后伤口裂开及瘢痕挛缩; ③粘膜与皮肤切缘的缝线太紧, 影响局部血运, 或结扎过紧而切割粘膜又可促使伤口愈合后瘢痕过宽; ④大块缝扎组织, 缝针穿入过深, 扎住了肛门括约肌; ⑤肛管放置时间过长, 压迫局部血运, 发生压迫性坏死; ⑥炎症: 如术后创面感染、溃疡性结肠炎、肠结核等; ⑦肛门直肠肿瘤或肛管直肠周围肿物压迫等; ⑧痉挛: 如肛裂引起内括约肌痉挛、长期应用泻药引起的肛门直肠反射消失或内括约肌痉挛等。尽管有以上诸多因素, 但常见的原因主要是: 为了治愈严重地环状痔疮需要去除相当部分的直肠粘膜和肛管皮肤, 当多处切除时就可能只剩下很小部分的未损伤的有伸缩性的肛门组织, 当完全愈合后就形成狭窄而短缩的肛管。医源性损伤是肛肠外科的大问题, 肛肠外科手术所致肛门狭窄多因痔疮的治疗不当引发。据报道, 国外某医院收治的医源性肛门狭窄中百分之八十以上是痔切除术造成。查阅我国陆续报道的肛门狭窄资料可看出由痔的治疗引起的比率 and 国外报道本相同。经过分析造成医源性肛门直肠狭窄的原因, 多是缺乏专业技术和理论知识, 违背治疗规范, 粗暴或过度治疗所致。

2 分度

2.1 按狭窄程度分类

2.1.1 轻度狭窄: 病变累及肛门和肛管一部分, 肛门直径约

1.5~2.0cm, 但食指可通过肛管。

2.1.2 中度狭窄: 病变累及肛门和肛管半周, 肛门直径约 1.0~1.5cm, 食指不能通过肛管。

2.1.3 重度狭窄: 病变累及肛门和肛管全周, 肛门直径约 1.0cm 以下, 小指不能进入肛管。

2.2 按狭窄形状分类

2.2.1 环状狭窄: 直肠腔由周围向内缩小, 主要环绕肛管直肠周径发生, 呈环状, 其上下累及范围不到 2.5cm, 肛门直径在 1.0cm 以下, 多见于直肠切除术后, 直肠肛管吻合处较多见。

2.2.2 管状狭窄: 狭窄构成一圈呈管状, 主要沿肛管直肠纵轴发生, 其上下累及范围超过 2.5cm, 多由炎症引起, 较少见。

2.2.3 线状狭窄: 狭窄位置较浅, 或仅累及肛管直肠的一部分, 呈半环形, 多见于外伤痔瘻术后, 和肠腔外肿瘤压迫较多见。

3 治疗方法

其根本治疗主要是针对病因, 治疗方法的选择应根据肛门直肠狭窄的原因、程度、范围等决定, 对于轻中度狭窄应考虑采取非手术治疗, 经治疗三个月以上效果不佳者可行手术治疗。

3.1 非手术治疗

3.1.1 轻微的肛门狭窄如无排便困难, 可不予处理。日常注意调节饮食, 口服中药, 以调整机体状况, 保持大便通畅即可。

3.1.2 扩肛术: 如有肛门轻度狭窄, 排便困难, 影响功能者可口服中药的同时行扩肛术。此法是用手指, 肛门镜或扩肛器, 扩张肛门, 使狭窄消散, 排便正常, 达到治愈的一种方法。适合于肛门或肛管轻度狭窄。具体操作为: 患者取截石位, 不需麻醉, 常规消毒肛周皮肤和肛内。术者右手戴上手套, 涂上润滑剂, 缓慢伸入肛内, 轻轻向四周按压每次 3~5min, 每天 1~2 次。也可用肛门镜或扩肛器, 根据肛管直径选择适宜的器械, 遵循由小到大的原则进行扩肛每次扩 10~15min。开始每天扩一次, 3~5d 后每周扩 3~4 次, 以后间隔时间逐渐延长, 直

至狭窄消散,排便正常,肛内可纳入两指,不再复发为止,一般需 6~8 周可愈,还可配合局部理疗、热敷。其优点是操作简便、术后不需换药和特别护理。缺点是适应窄,且操作难以标准化,易复发,复发率为 22%~55%,且随着随诊时间的延长而狭窄倾向升高。

3.1.3 中医辨证施治

肛门直肠狭窄在发病初期,狭窄程度较轻,大便难但可顺利排出,肛门疼痛重,此多为气滞所致,以标实为主。若病程较长,狭窄程度较重,粪便稀尚可排出,粪便干燥则难排出,肛门疼痛较轻者。则多为气虚所致,以本虚为主,应辨清虚实,分证治疗。

3.1.3.1 气滞血瘀: 肛门坠胀,疼痛,排便时加重,排便不畅,伴腹胀肠鸣,痞满不适,乏力,有时大便时带血,舌紫暗,苔黄或白,脉涩。治法:行气化瘀,软坚通便。方药:活血散瘀汤加減、延胡索 10g,归尾 12g,桃仁 12g,红花 6g,柴胡 12g,赤芍 12g,乌药 12g,苏木 10g,枳实 15g,熟军 8g,莱菔子 15g,乳香 6g。

3.1.3.2 热结肠燥: 大便秘结,粪便变细,大便时伴便血,痛如针刺,发热,口干,虽有便意用力努挣,难于排出,小便赤少,舌红,苔黄少津,脉数。治法:滋阴润肠,清热凉血。方药:增液承气汤和麻仁丸加減、熟军 8g,厚朴 15g,火麻仁 15g,枳实 15g,生地黄 15g,沙参 15g,地榆 12g,木香 12g,石膏 25g,天花粉 15g,芒硝 5g。

3.1.3.3 肠道湿热: 排大便不畅,便溏次数多,可有粘液或脓血,低热,肛门潮湿,腹痛和肛门胀痛,口苦,目眩,小便黄,舌红,苔黄厚腻,脉滑数。治法:清热燥湿。方药:黄连解毒汤和龙胆泻肝汤加減、黄连 12g,黄芩 12g,泽泻 12g,栀子 15g,龙胆草 12g,当归 10g,滑石 20g,青皮 12g,火麻仁 15g,白芍 20g,白头翁 15g。

3.2 手术治疗

适用于肛门和肛管狭窄较重,明显影响功能,用保守治疗和扩肛术效果不明显者。(本科室常用以下三种手术方法)。

3.2.1 括约肌侧切术加挂线术

Gabriel、Eisenhamm 主张在后正中处行部分内括约肌切断术,认为这样能较彻底解除内括约肌持续的痉挛引起的狭窄。具体是于肛管正后位行放射状切口,切开瘢痕组织,切断部分内括约肌和外括约肌皮下部,同时用橡皮筋将狭窄部位的瘢痕组织勒开使肛门和肛管松弛的一种手术方法。挂线法原为肛瘘而设,其用于肛门狭窄的优点是缓慢切割压迫止血,减少损伤,简便安全,根据狭窄的范围,也可同时几处挂线,以解除环状高位狭窄而不必担心直肠出血或肛门失禁。适合于肛门或肛管轻度或中重狭窄,高位直肠环状瘢痕狭窄。具体操作为:患者取截石位,骶管麻醉下,常规消毒肛周皮肤,并用洗必泰棉球进行肛内消毒。探查狭窄部位,于肛管正后位或瘢痕最明显处作放射状切口,长约 2~3cm,切开瘢痕组织,挑出部分内括约肌和外括约肌皮下部并切断,使肛门或肛管松弛,以肛内纳入 2~3 指为度,修剪切口两侧瘢痕组织及皮肤,使之成底小口大的形状,以利引流。同时用拇指放入切口基底部再用食指伸入肛内引导,摸清狭窄的部位用已备好的球头探针,(并在探针尾端缚扎一橡皮筋)。从切口最外侧基底部探入穿过基底,

从狭窄上缘穿出,拉出探针引入橡皮筋,再将橡皮筋两端拉紧后结扎间断用 4 号丝线缝合切口,检查无活动性出血,肛内放入油纱,外用塔形纱布包扎,术毕。经多年临床实践,以上两种方法同时进行其效果明显优于单用一种方法。

3.2.2 Y-V 形肛管成形术

是于肛门前位各做一 Y 形切口,再将 Y 形切口缝合成 V 形,从而扩大肛管直径,松解前后位瘢痕的一种方法。适合于齿线以下各种肛管狭窄(肛管半环形或环形狭窄)。具体操作为:患者取截石位,行骶管麻醉。常规消毒肛周皮肤,并用洗必泰棉球进行肛内消毒,探查狭窄部位。于肛管前后方各做一切口,长约 1~2cm,其尖端进入肛管顶端,使之成 Y 形,切开皮下组织后,游离皮片,将皮片尖端拉至肛管顶端,覆盖肛管切口尖端后,再将皮片尖端与直肠黏膜用 4 号丝线间断缝合,两侧皮肤对位间断缝合。如此就使 Y 形切口变成 V 形。从而扩大了肛管直径,松解了前后瘢痕。切口覆盖凡士林纱条,外用塔形纱布压迫,丁字带固定,术毕。

3.2.3 纵切横缝术

是将狭窄处瘢痕纵形切开,然后横形缝合切口,使肛管直径扩大,解除狭窄的方法,适用于肛门和肛管轻度或中度狭窄。具体操作为:患者取截石位行骶管麻醉,常规消毒肛周皮肤,用洗必泰棉球进行肛内消毒,食指触摸肛内及周围,于瘢痕组织最明显处作纵形切开,上至瘢痕上 0.5cm,下至瘢痕下 1.0cm,使切口贯穿瘢痕组织,切口深至健康组织,游离切口下端皮肤,以减轻张力,用圆针带 4 号线从切口上端进针,通过基底部从切口下端穿出,拉拢丝线两端结扎,使纵切口变为横形,间断缝合 5~8 针。凡士林纱条覆盖切口,外用塔形纱布压迫,宽胶布固定,术毕。

4 术后处理

术后吃半流质 2~3d,然后改为清淡饮食,常规补充液体,口服抗生素(甲硝唑或氟哌酸等) 3~5d,适当应用润肠通便药物,保持排便通畅,术后酌情应用止痛药,术后 24h 后排出大便,并每天大便后用清热解暑中药煎液坐浴,碘伏消毒伤口后用黄连膏或马应龙痔疮膏换药,肛内塞入美辛唑酮栓或洗必泰栓,术后 7 天拆线,术后 10d 左右橡皮筋脱落后开始指检并进行缓慢而柔和的扩肛,逐渐改用用肛门镜扩肛,每次 10~20min,每周 3~4 次,间隔时间逐渐延长直至狭窄解除,病情稳定,食指能顺利通过肛管和直肠下部,排便通畅为止。

5 预防

肛门狭窄是一种可以预防的并发症,对医源性狭窄应强调预防为主,如果改进术式保留足够的肛门皮肤,尽量减少正常组织的损伤,保留足够皮肤和黏膜桥,形成狭窄的危险性就减少了。具体预防方法有:①完善的术前准备,术前清洁灌肠;②术中彻底止血,避免大块钳夹和缝合组织,剥离创面不要过于广泛,防止肠内容物沾污伤口;③手术范围较大,如环状外痔切除时,切口应为锯齿状、放射状,并缝合切口,以免形成较大瘢痕。术中应结合扩肛(切断部分括约肌),适当延长切口,切口缝线不宜过紧等。环形内痔结扎时,分段应不少于 4 个,

(下转 36 页)

4 治疗结果

治疗组和对照组基愈率分别为 83.7%和 15.3%，有效率为 94.6%和 54.3%，统计学处理，两种方法治疗颈椎病的有效率差异有显著性 ($\chi^2=25.3$, $P<0.05$) (见表 1)。

表 1 两组颈椎病患者疗效评估[例(%)]

组别	例数	基愈	显效	有效	无效	有效率
治疗组	37	31(83.7)	4(10.8)	2(5.4)	0	94.60%
对照组	26	4(15.3)	10(39.0)	11(42.3)	1	54.30%

5 讨论

颈椎病是由于颈椎间盘退化并致上、下椎体骨质增生，压迫神经根、脊髓或影响椎动脉供血发生椎体附件及周围软组织改变而引起以颈肩部疼痛为主的综合症。由于体内长期的伤害性刺激使受损的细胞释放出大量的化学致痛物质刺激机体局部并产生局部水肿，从而逐渐加重病情。颈椎病好发于颈部长期过伸、屈曲位工作或劳动易引起慢性劳损者，多发于中老年人。颈椎退变与各型的关系：颈椎病初发或颈椎病产生症状时往往有颈椎曲度的变化，常见的改变是生理弧度变直，或者反曲。方文^[2]等进一步研究发现颈椎病患者伸屈活动度的下降主要是由于后伸幅度减小所致，颈椎间盘的退变不但使椎间盘高度和弹性降低，而且使颈椎伸展时椎间盘抗拉伸的弹性模量升高，髓核周围纤维环和前纵韧带硬化，弹性下降，最后导致颈椎后伸受限。也有学者^[3]认为，颈椎活动度的下降还与椎体缘

和小关节骨质增生，关节间隙狭窄阻挡有关。颈椎病椎动脉受压引起椎-基底动脉管腔变窄，血液流动速度缓慢、淤滞、血粘度增高，导致椎-基底动脉供血不足，脑干前庭系统、小脑缺血而引起眩晕、头痛、头胀等。推拿手法经颈、肩背部软组织松解及旋转手法，使突出髓核还纳复位，通过头面部诸多穴位按摩引起综合效应，使交感神经紧张性降低，反射性血管扩张，促进该区血管网重建及恢复血管壁弹性功能，组织代谢旺盛，血流增加，脑组织供血改善。

实践证明，推拿治疗颈椎病具有疗效好、副作用少、复发率低、禁忌症少的特点。在治愈的颈椎病患者中，经随访其复发时间较长，均在 6 个月~1 年后才复发，且复发后继续治疗仍然有效，安全可靠。

参考文献：

- [1]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:186
- [2]方文,石志才,贾连顺,等.颈椎病患者颈椎曲度的 X 线测量[J].颈腰痛杂志,1999,20(2):85
- [3]薛庆云,黄公怡.颈椎退变的 X 线分析[J].中华骨科杂志,1994,14(9):530

作者简介：

仰卫军 (1977-), 男, 江苏江阴人, 主治中医师。江苏省针灸学会临床专业委员会常务委员。研究方向: 针灸推拿手法治疗颈椎病研究。

编号: EA-11081267 (修回: 2011-10-28)

(上接 34 页)

每段中间要留有正常粘膜.如果肛管损伤较重者,应该进行肛管重建;④手术结束时,要进行常规检查.在麻醉情况下,肛门可同时伸入示指中指为度,如发现狭窄,应及时处理,术后换药期间应注意检查,对有粘连和狭窄趋向者,要及早纠正,争取在出院前或门诊治疗结束前将问题解决,不能迟疑不决;⑤熟练掌握药物注射技术,注射不宜过深,一次药量不能过大,避免在同一平面重复注射,如确要注射应间隔 2 个月以上;⑥术后尽可能少用导泻药有利于肛管早期扩肛;⑦必须严格无菌操作,术后切口感染,应及时加以控制,引流要通畅,防止引起大面积组织坏死;⑧积极治疗肠道炎症性疾病如慢性溃疡性结肠炎和克隆病等。只要采取适当的措施,完全能够减少该病的发生,减轻肛门狭窄的程度。

6 讨论

肛门直肠狭窄主要是因为:痔切除和其他肛门手术操作不当造成的术后严重的并发症.本病是一种可以预防的并发症.本科室经多年临床实践认为:括约肌侧切术加挂线术、Y-V 形肛管成形术、纵切横缝术等手术方法配合中医中药辨证施治,用于治疗肛门直肠狭窄疗效确切,通过胶线的缓慢切割,出血少,

损伤较小.肛门直肠狭窄是一立体概念,包括狭窄的深度,高度,长度,和宽度.其中重度,环形,管状狭窄手术是比较困难的,尤其是直肠劲部以下的这类狭窄是手术难点.所以在以后的工作中还应不断学习专业理论知识,严格操作规范,总结经验教训,尽量避免此病的发生,并不断在临床实践中取长补短,综合出更为有效的治疗方法。

参考文献：

- [1]钱海华,金黑鹰,曾莉,等.结直肠肛管疾病诊断治疗新进展[M].2009:9
- [2]刘希家,等.肛肠病的外科治疗[M].
- [3]徐廷翰.中西医结合大肠肛门病研究新进展[M].2004:1
- [4]高春芳,郑国宝,等.现代结、直肠手术学[M].2009:7
- [5]黄乃建.中国肛肠病学[M].山东科学技术出版社
- [6]吴孟超.现代手术并发症学[M].西安:世界图书出版西安公司,2003

作者简介：

陈善国, (1979-), 男, 医师, 大学, 从事肛肠专业 9 年, 研究方向: 肛门大肠疾病。

编号: EA-11080423 (修回: 2011-10-28)